

お申込日 年 月 日

「つまようじ法」訪問実習 受講申込書

お 名 前	(フリガナ)		
貴 医 院 名			
訪 問 先 ご 住 所	〒		
T E L		F A X	
E - m a i l			
受 講 希 望 日 時	(曜 日) 月曜日 木曜日 どちらでもよい (時間帯) 午前 (: ~ :) 午後 (: ~ :) どちらでもよい それぞれ、いずれかの番号に をつけてください。		
ス タ ッ プ 数	歯科医師 名 / 歯科衛生士 名 / 歯科助手 名		
日 程 調 整 の ご 連 絡 先	TEL(ご希望の時間帯等:) FAX E-mail いずれかに をつけてください。		
受 講 に 際 して の ご 要 望			

お申込・お問合せ

NPO 法人 お口の健康ネットワーク 事務局

〒700-0953 岡山市南区西市 541 - 1 TEL .086-244-4692 FAX.086-244-1351

E-mail: info@oral-health-network.jp

本申込書に必要事項をご記入の上、FAX 又は郵送にてお申込ください。Eメールの場合は、上記必要事項をメール本文にご記載いただき、送信してください。

事務局にてお申込確認後、訪問候補日を連絡させていただき、訪問日を決定いたします。

受講料の他に、講師の旅費・宿泊費が必要になります。